



Nombre del alumno: Andrea Lizeth Pérez Hernández

Nombre del catedrático: María del Carmen López silba.

Licenciatura: enfermería

Nombre del trabajo: mapa mental

Materia: Fundamentos de enfermería.

Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2018

TECNICA DE LAVADO GASTRICO.

→ Concepto.

Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

→ Objetivos:

- Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica del paciente con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Determinar la cantidad de presión y cavidad motora en el tubo digestivo.
- Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- Obtener muestra de contenido gástrico.

→ Equipo y material

- Sonda nasogástrica calibre 12 a 18 F de preferencia desechable.
- Vasija con agua fría.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas.
- Bandeja en forma de ríñon para secretiones o vomito.
- Cinta hipodérmica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.

TECNICA DE LAVADO GASTRICO.

- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Esfotoscopia.
- Abatelenguas.

TECNICA DE INTUBACION NASOGASTRICA

INTERVENCION	FUNDAMENTACION
1. Lavarse las manos.	• El agua y el jabon sirven de arrastre mecanico a los microorganismos patogenos.
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clinica dejando la sonda en un recipiente con hielo.	• La accion del frio sobre el material de hule es endurecer la situacion que facilita el paso de la sonda, reducir la friccion y disminuir la irritacion en la mucosa. • Las sondas estan hechas de silicona, hule o politeureno, son de diámetros pequeños y muy flexibles, reduce la irritacion bucofaringea y del esofago distal, necrosis por presion sobre la pared traqueo esofagica y el malestar durante la degucion. • La comprobacion de la permeabilidad de la sonda evita complicaciones.

3- Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.	<ul style="list-style-type: none"> • La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y por ende el paso de la sonda.
4- Asear nariz o boca con hisopos o gasas con alcoholenguas, dependiendo del tipo de intubación.	<ul style="list-style-type: none"> • La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. • Una cavidad libre de moco líquidos o exudados se encuentran permeables.
5- Proteger la parte anterior del torax con hule y toalla y colocar debajo del menton la bandeja rison.	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6- Intubar de la forma siguiente: → calzarse los guantes → Extraer la sonda del hielo para medir la parte que se va a introducir. → Humectar la sonda con solución fisiológica. → Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.	<ul style="list-style-type: none"> • La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de esta al apéndice xifoides, asegura la distancia hasta el estomago (56 a 66 cm) de un adulto de estatura promedio. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir las al estomago, duodeno o yeyuno. • La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gastrica. • Los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en la traquea.

7- Fijar la sonda con cinta hipoaletérgica.	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación adecuada de la sonda impide su retroceso del estomago.
8- Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.	<ul style="list-style-type: none"> • El cumplimiento de los objetivos provienen de los traumas emocionales y fisiológicos, así mismo se cumple con un cuidado lateral.
9- Vigilar el estado del paciente la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.	<ul style="list-style-type: none"> • El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limon y glicerina mantienen limpias las mucosas y permeables las glándulas salivales, favoreciendo la salivación.
10- Logrados los objetivos se retira la sonda con una sonda o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación.	<ul style="list-style-type: none"> • La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda. • Un movimiento rapido, continuo y seguro, durante la inspiración facilita la extracción de la sonda. • La intubación prolongada puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, úlceras gastricas o infección bucal.

AVANZADOS YAGINAJE

Indicaciones

- Esta indicado hasta 1 hr despues de la ingesta de una cantidad significativa de una sustancia toxica solida (mayor eficacia).
- No esta indicado de manera rutinario en todos los casos con sospecha de intoxicacion.
- Envenenamiento con sustancias causticas.

POSIBLES COMPLICACIONES.

Neumonia por aspiracion
Perforacion del tracto digestivo o de la faringe.
hipoxemia
Trastornos del ritmo cardiaco.
Trastornos hidroelectroliticos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Enseñar al paciente y/o cuidador
- La razon y el efecto deseado del Procedimiento.
 - Avisar inmediatamente ante la presencia de nauseas, mareos, dolor o cualquier otra incidencia.
 - Vigilar signos y sintomas de sangrado.
 - Mantener en decubito lateral izquierdo en semi Fowler.
 - Vigilar signos vitales y nivel de conciencia.
 - Retirar la sonda una vez terminado el lavado, segun prescripcion facultativa.

LAVADOS VAGINALES.

Concepto

Procedimiento que se efectúa para obtener en un dato vaginal.

Objetivo

Investigar la presencia de microorganismos y células neoplásicas.

Equipo y material

Especulo vaginal de cusco (grande, mediano o pequeño, según el caso), agua esteril, guantes esteriles, aplicadores o hisopos, pipeta con bulbo de hule o capetula de aire; porta objetos de cristal limpiados con eté; tubos de ensayo esteriles y con solución salina tibia, así como fijador comercial o solución alcohol-eté.

INDICACIONES

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su consentimiento.
- Ofrecer la copa o la botella al paciente antes de realizar el procedimiento.

POSIBLES COMPLICACIONES

Respecto al embarazo, la ducha vaginal no es una forma válida de anticoncepción. Además puede provocar que sea más difícil quedarse embarazada si lo que se busca es la concepción. En mujeres embarazadas la ducha

Vaginal puede causar parto prematuro, mayor probabilidad de aborto espontáneo o embarazo ectópico.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Realizar la higiene personal adecuadamente.
- Tomar las medidas preventivas en caso de infecciones o otras patologías.
- Avisar ante la aparición de cualquier alteración.
- Vigilar las posibles reacciones a los productos y materiales utilizados.

Lavados Vaginales

Intervención

Fundamentación

Indicarla a la paciente que orine antes del procedimiento y colocarla en posición ginecológica o litotomía.

• La presión intrauterina estimula los centros superiores donde se hace consciente la moción.
• La conservación del equilibrio psicológico en el individuo requiere de un medio.

Calzarse los guantes e introducir el espéculo vaginal bivalvo correspondiente de manera que pueda visualizar la mucosa y el

• Los traumatismos directos en la uretra pueden ser ocasionados por la introducción impropia del espéculo en cuanto a tamaño.
• La aplicación de lubricante en el espéculo modifica el pH del coágulo.

obtener la muestra en el hocico de la boca del cuello uterino o del fondo de saco de Douglas con un hisopo humedecido en solución salina o una capetula de Ayre, según el tipo de coágulo.

• La muestra obtenida en el cuello uterino informa 90% de precisión para la detección de lesiones.
• El cáncer cervicouterino es el más frecuente de las neoplasias en la mujer.
• En el froto vaginal existen células escamosas superficiales, intermedias.

Frotis:

• La fricción puede alterar la producción de moco en la mucosa.

• La muestra obtenida y colocada en copa fina.

Citología vaginal:

• El cáncer cervicouterino se origina en la zona con conjunción del cuello uterino.

• El lavado vaginal o los relaciones sexuales dentro de las 12 h previas.

Retirar el espéculo vaginal, cubrir y ayudar a la paciente a bajarse de la mesa de exploración.

• La sensación de malestar físico o psicológico puede indicar lesión o peligro de lesión del organismo.

• Tracción es la fuerza que se opone al movimiento entre dos superficies.

Enviar la muestra al laboratorio clínico, antes de lavarla y con la copa y el hisopo correspondiente.

• La solución salina esteril conserva sin alteración.

Valorar los resultados obtenidos en el coágulo vaginal.

• La respuesta oncológica celular.
I Ausencia de células atípicas o normales.
II Citología atípica, pero sin signos.

ENEMA EYACUANTE

Concepto: Es la instalación de una solución dentro del recto y colon sigmoides.

- Objetivos:**
- Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
 - Mejorar en forma temporal el estreñimiento.
 - Introducir soluciones con fines terapéuticos.

Equipo y material: Charola con equipo comercial de enema desechable, o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador lubricante, pinzas homostáticas, gasas, bandaja-riñón, Papel higiénico, guante limpio, cinta adhesiva para fijación de sonda, corchete de hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y tripod.

INDICACIONES

- No forzar la introducción de la sonda, si esta sucede puede provocar perforación intestinal.
- Suspender la administración en caso de que el paciente refiera dolor abdominal o hemorragia.
- Esta solución está indicada para casos de constipación intestinal.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Dolor abdominal
- Hemorragia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Observar el estado del paciente, por si sufre molestias, abdominales, mareo, sudoración, hipotensión.
- Valorar la efectividad del enema.
- Ayudarle a la higiene corporal cuando sea necesario.
- A que pertenezca tumbado para que retenga la solución el mayor tiempo posible.
- A que no vada la cuna o el inodoro para poder valorar la eficacia del enema y el aspecto de los heces.

Intervención	Fundamentación
Informar al paciente sobre el procedimiento	• La actitud del personal de enfermería tal como la actitud del paciente para obtener su colaboración
Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica	• La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y evita al personal de enfermería
En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgato	• La presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestias
Pinzar para cerrar el tubo	• El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria
Doblar cocha y cubrirlo hacia la pierna, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierda, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea	• Mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento
Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial con lubricación	• La disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución por gravedad
La sonda e introducir de 7.20 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo	• El paso de solución al intestino
Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 a 40 cm para un enema alto 30 cm para un enema normal y 20 cm para un enema bajo	• La inserción tal como el espasmo del colon
Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador	• La presencia del procedimiento depende de la tranquilidad y cooperación del paciente
Valorar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución	• En caso de solución al muscular
Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirlo con papel higiénico, colocándolo en bandeja-riñón e indicar al paciente sobre la retención del líquido	• A mayor altura, mayor presión en la solución
Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un cómodo (previa protección de la cama con un hule) y observar papel	• Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura
Retirar el cómodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico para observar los características del material expulsado y para asearlo	• Las variaciones de temperatura en el recto
Lavar las manos del paciente y dorgarlo cómodo	• La presencia de dolor o molestias está determinada por el espasmo muscular del colon
• Colaborar el informe respectivo	• La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de enema
	• Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactiva física, parálisis, congestión, gastroenteritis
	• Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda
	• El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales
	• El enema de limpieza requiere una retención del líquido durante 30 a 40 minutos
	• La posición ventral facilita la expulsión del contenido intestinal
	• La ropa húmeda es un factor que predispona a la formación de úlceras por presión
	• La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico
	• El agua y el jabón eliminan los microorganismos patógenos de la piel
	• Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, color en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo de

Intervención	Fundamentación
Protector los conductos auditivos externos con torundas	• El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo
Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza del paciente	• La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante
Aplicar jabón o champú, friccional con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario	• La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente
Enjuagar de forma sanificante, dejando que el agua corra a la cubeta por acción de la gravedad	• A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor
Retirar las torundas de los conductos auditivos	• Las sustancias tóxicas o irritantes producen escoria
Envolver el cuello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando de manera simultánea el cajón o hule y depositarlo en la cubeta	• El jabón desmenuza las grasas
Afectar la cara del paciente si es varón y procurar a la siguiente	• El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos
Conservar la toalla en el torso	• La gravedad es la fuerza de atracción ejercida por la Tierra
Colocar jabón o espuma en la mejilla, parte superior del labio y mentón, realizar el lavado de enjabonar y aseo con la toalla	• El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones
Colocar una toalla facial sobre el torso y aseo ojos con torundas húmedas, nariz y oídos	• La sequedad se debe a la hiposecreción de las glándulas sebáceas
Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara	• La dematilitis sebácea se manifiesta por escamas secas o grasosas en la piel
Lavar, enjuagar y aseo la parte anterior del torso y abdomen cubriéndolo con una toalla y aseo con torundas la cabeza y cuello	• El agua caliente y jabón e espuma retienen los tejidos, disminuyendo conducturas o irritación cutánea
Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisón	• La piel sana e intacta previene la pérdida de agua, regula la temperatura, impide el ingreso a la mayoría de los microorganismos resistentes a varios fármacos
Conocer al paciente en decúbito lateral	• El jabón resaca la piel y las mucosas
	• El agua y jabón eliminan polvo, grasa y células superficiales que se descomponen
	• El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa unida por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello protectora de la piel
	• Una temperatura de 46 a 49°C del agua para el baño no lesiona la piel
	• Las lociones o cremas mantienen la piel suave
	• La piel contiene abundantes nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, tacto, calor y frío
	• El sudor, secreción de glándulas sebáceas
	• Los espacios subungueales son fuente de contaminación
	• Un baño con agua tibia favorece el desmoronamiento cubriéndolo con una toalla y aseo y aseo del paciente
	• Una epidemia sana decada de un campo que el distal y terminar de colocar el camisón
	• Una piel enrojecida es síntoma de úlcera por presión

Técnicas de baño de esponja en el paciente encamado...

CONCEPTO

Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitiendo bañarse en regadera o tina.

OBJETIVOS

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Favorecer la función circulatoria, por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bienestar.

EQUIPO Y MATERIAL

dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente, lavamanos o tobrillo, recipiente para agua oxigenada, jabón con jabón; 1 o 2 toallas grandes, dos toallas faciales o paños; algodón, torundas de algodón; almohada o pijama; alfileres; juego de ropa seca como guantes limpios, pinza, tacho, loción o alcohol y un recipiente con ropa sucia o baldo de plástico o aluminio.



Indicaciones

- Valorar la colaboración del paciente y familia.
- Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario.

Posibles complicaciones

- Úlceras por presión
 - Resultado mala praxis profesional
 - Generan largas estancias
 - Aumenta carga laboral
 - Causa directa o indirecta de morbilidad
 - Reducen la calidad de vida del paciente
 - Son indicadores de la calidad asistencial

Cuidados de enfermería

- Mantener alineación corporal
- Movimientos pasivos mediante ejercicios activos y pasivos
- Ferulas para corregir posturas no deseadas (antiesquinó, antirrotatorio)
- Valorar riesgo (Escala de Braden)
- Patogenia, grupos y factores de riesgo
- Fijar objetivos
- Tratamiento preventivo

Baño de esponja en el paciente encamado

Intervención

Fundamentación

- 1 Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.
Fundamentación: Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
- 2 Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo u orinal.
Fundamentación: Las medidas higiénicas contribuyen a que se sienta cómodo y descansado.
- 3 Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.
Fundamentación: La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos. Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C, contribuye al bienestar físico del paciente. Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios.
- 4 Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo al igual que la silla.
Fundamentación: El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio.
- 5 Trasladar el equipo a la unidad clínica (unidad del paciente). Colocando los artículos del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de orden inversa al que se va a usar.
Fundamentación: La integración y colocación ordenada para baño en la mesa de noche a mesa de noche, evita o disminuye la pérdida de orden inversa al que se va a usar.
- 6 Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabeza del lado contrario al que se encuentra el tubo y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sábana móvil.
Fundamentación: Al mover y sacar la ropa sucia, se espantan microorganismos patógenos por el aire.
- 7 Colocar una balla sobre el torso del paciente y realizar el cepillado bucal si es necesario.
Fundamentación: Si mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de placa dental bacteriana y colocar la dentadura blanda y corre o prótesis dental.
- 8 Retirar la ropa al paciente (bata o pijama).
Fundamentación: Una maniobra cuidadosa y posición correcta del brazo, evita lesión en el sitio de canalización y retorno sanguíneo. A continuación retirar la manga del brazo en el colector de infusión caso de existir canalización instalada, deslizar la manga por el brazo y el tubo de infusión.
Fundamentación: Tomar el brazo de la solución, sangre o al medicamento, y pasarlo a través de la manga.
- 9 Colocar la almohada y acercar la cabeza del paciente.
Fundamentación: Tratarlo lo más cerca del objeto opacante reduce el esfuerzo de las músculos y, como consecuencia, la fatiga.
- 10 Colocar una balla sobre el torso del paciente.
Fundamentación: El uso de cojín Kelly o hule protege la ropa e introduce el cojín de hule por debajo de la cama asegurando una corriente constante de agua.
Fundamentación: El uso de cojín Kelly o hule protege la ropa e introduce el cojín de hule por debajo de la cama asegurando una corriente constante de agua.
- 11 Indicar al paciente que coloque su brazo sobre el cojín de Kelly o hule.
Fundamentación: Una posición correcta disminuye esfuerzo y previene de lesiones.